Hormontherapie (Hormon“ersatz“therapie) und Brustkrebs

13. September 2012

(Last Updated On: 27. Oktober 2021)

Bilanz Hormontherapie und Brustkrebs – 10 Jahre nach Abbruch der Hormonersatztherapie (Stand August 2012)

Text dieses Abschnitts: Dr. med. Maria J. Beckermann [1]

Brustkrebs: Wie der S3-Leitlinie zu entnehmen ist, erhöht eine kombinierte Estrogen-Gestagen-Hormontherapie das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken von 30 auf 38 von 10.000 Frauen pro Jahr (RR 1,26; 95-%-KI 1,00–1,59). Das bedeutet, es müssen 1.245 Frauen behandelt werden, um einen zusätzlichen Brustkrebs zu verzeichnen.

Nach Publikation der WHI-Studie wurde in verschiedenen Ländern (zum Beispiel USA, Kanada, Deutschland) parallel zu gesunkenen Hormonverordnungszahlen ein Abfall der Brustkrebshäufigkeit beobachtet [2]. Ein kausaler Zusammenhang kann aus dieser Beobachtung allein nicht hergestellt werden.

Im Oktober 2010 zeigte eine neue Auswertung der WHI-Studie nicht nur eine Zunahme der Häufigkeit von Brustkrebs, sondern auch der Brustkrebsmortalität [3]. Der Beobachtungszeitraum, das heißt Interventions- und Postinterventionsphase, betrug inzwischen durchschnittlich elf Jahre. Es waren noch 12.788 Probandinnen in der Nachbeobachtungsgruppe, also 83 Prozent der Ausgangsgruppe.

In der Placebogruppe wurden 293 Brustkrebsfälle registriert (0,34 Prozent pro Jahr), in der Hormongruppe 385 Fälle (0,42 Prozent pro Jahr; RR 1,25; 95-%-KI 1,07–1,46). Eine gewisse Häufigkeitszunahme war als Nachwirkung der 4,5-jährigen HT erwartet worden. Bezüglich Histologie und Grading bestand zwischen beiden Gruppen kein Unterschied, aber in der Hormongruppe waren häufiger die Lymphknoten befallen (in 81 Fällen (23,7 Prozent) statt in 43 Fällen (16,2 Prozent; RR 1,78; 95-%-KI 1,23–2,58).

Die Sterblichkeit an Brustkrebs war unter HT höher: 25 (0,03 Prozent) Todesfälle an Brustkrebs pro Jahr statt zwölf (0,01 Prozent; RR 1,96; 95-%-KI 1,00–4,04). Auch die Gesamtsterblichkeit war gestiegen: 51 (0,05 Prozent) Todesfälle pro Jahr aus allen Gründen, nachdem eine Brustkrebsdiagnose gestellt worden war im Vergleich zu 31 (0,03 Prozent) in der Placebogruppe (RR 1,57; 95-%-KI 1,01–2,48).

Die Ergebnisse aus der Nachbeobachtungszeit sind beunruhigend. Denn sowohl die Brustkrebshäufigkeitskurven als auch die Brustkrebsmortalitätskurven der Interventions- und Kontrollgruppe driften umso mehr auseinander, je länger das Follow-up andauert. Das ganze Ausmaß der Auswirkungen von HT ist also womöglich bisher noch gar nicht erfasst worden. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass bereits kurzfristige Behandlungen langfristig mit einem größeren Brustkrebsrisiko verbunden sind, als bisher angenommen wurde.

Auch die Million Women Study (Kasten) aus Großbritannien [4] brachte kürzlich neue Ergebnisse. Im Auswertungszeitraum von 7,2 Jahren wurden 15.759 Brustkrebsfälle festgestellt; davon 7.107 bei Frauen, die Hormone einnahmen (RR 1,68; 95-%-KI 1,64–1,72), 6.127 bei hormonnaiven Patientinnen (RR 1,0; 95-%-KI 0,97–1,03) und 2.525 (RR 1,08; 95-%-KI 1,04–1,12) bei Frauen, die früher Hormone eingenommen, aber später abgesetzt hatten. Auffällig war, dass das Brustkrebsrisiko größer war bei den Frauen, die während der Perimenopause oder früh nach der Menopause (< 5 Jahre) mit der Hormontherapie begonnen hatten: RR = 2,04, (95-%-KI 1,95–2,14) bei frühem Einnahmebeginn, RR = 1,53 (95-%-KI 0,42–0,45) bei spätem Einnahmebeginn. Bei den 50- bis 59-jährigen Frauen ohne Hormontherapie stieg das altersbedingte Brustkrebsrisiko jährlich um 0,3 Prozent (95-%-KI 0,29–0,31). Bei den Hormonanwenderinnen, die innerhalb von fünf Jahren nach der Menopause mit der Therapie begonnen hatten, stieg das Risiko um 0,61 Prozent (95-%-KI 0,59–0,64).

Beide Studien bestätigen auch, dass eine kombinierte Estrogen-Gestagen-Therapie riskanter ist als eine Estrogenmonotherapie. In der WHI-Studie wurden sieben Mammakarzinome weniger gefunden als in der Kontrollgruppe – allerdings ohne statistische Signifikanz (RR = 0,77; 95-%-KI 0,59–1,01).

[…]
Fazit: Die WHI-Studie hat mit handfesten Beweisen das Wissen über die peri- und postmenopausale Hormontherapie revolutioniert. Die Daten sind valide genug, um einer HT aus rein präventiven Gründen eine eindeutige Absage zu erteilen. Bei langfristiger Einnahme überwiegen die Nachteile die Vorteile, bei einer kombinierten Estrogen-Gestagen-Behandlung noch mehr als bei einer Estrogenmonotherapie. Das war im Jahre 2002 beziehungsweise 2005 der Grund dafür, die WHI-Studie abzubrechen, und das sollte heute für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte Grund genug dafür sein, nach weniger riskanten Präventionsstrategien zu suchen.

[1.] Mit freundlicher Genehmigung der Verfasserin zitiert aus: Beckermann, Maria J. Postmenopausale Therapie mit und ohne Hormone: Was in der Praxis heute zählt. Dtsch Arztebl 2012; 109(33-34): A-1700 / B-1378 / C-1356 (v. 08.08.2012), frei zugänglich im Open Access online unter: http://www.aerzteblatt.de/archiv/128465 [2.] Im Original (16) Siegmund-Schultze N, Zylka-Menhorn V, Leinmüller R, Meyer R: Hormontherapie und Brustkrebs – Ein Blick auf die aktuelle Datenlage. Dtsch Arztebl 2008; 105(6):260–6. [3.] Im Original (17) Chlebowski R, Anderson G, Gass M: Estrogen plus Progestin and Breast Cancer Incidence and Mortality in Postmenopausal Women. JAMA 2010; 304:1684–92. [4.] Im Original (18) Beral V, Reeves G, Bull D, Green J: Breast Cancer Risk in Relation to the Interval Between Menopause and Starting Hormone Therapy. JNCI, Oxford Journals, 2011;103.